N° 49

DE L'ABLATION
DES GLANDES LACRYMALES

DANS LES

LARMOIEMENTS INCOERCIBLES SIMPLES

ET DANS LES

LARMOIEMENTS AVEC OPHTALMIE GRANULEUSE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juin 1889

PAR

GUILLOU (Louis-Pierre-Marie)

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Saint-Pol-de-Léon (Finistère), le 8 mai 1859

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE GUSTAVE FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

3, Place de la Mairie, 3

M DCCC LXXX IX

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
BERTIN-SANS. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe.		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Anatomie.		PAULET (O. ✻ ✻).
Pathologie interne.		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET.
Botanique et hist. nat. méd. (Ch. d. c.). .		GRANEL.
Clinique obstétric. et gynécol. (Ch. d. c.).		GERBAUD
Physique médicale. (Ch. d. c.)		IMBERT

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).
Profess. honor. : M. DUPRÉ (O. ✻ C. ✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .		MOSSÉ (✻), agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BIMAR	MM. VILLE	MM. TRUC
MOSSÉ (✻)	GRANEL	GERBAUD
REGIMBEAU (✻)	BOINET	GILIS
BLAISE	BROUSSE	IMBERT
BAUMEL	FORGUE	

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. DUBRUEIL ✻, *président.*
CHALOT, *professeur.*
REGIMBEAU ✻, *agrégé.*
TRUC, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

L. GUILLOU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DUBRUEIL

L. GUILLOU.

INTRODUCTION

Le larmoiement incoercible simple constitue une infirmité pénible qui peut devenir pour l'agent de la vision une affection redoutable s'il coexiste avec des granulations.

On comprend donc que les chirurgiens aient cherché à le combattre et imaginé dans ce but de nombreux procédés. L'ablation de la glande lacrymale a cependant toujours été leur *ultima ratio* thérapeutique.

Nous avons eu l'occasion de voir M. le professeur-agrégé Truc, chargé du cours de clinique ophtalmologique à Montpellier, pratiquer l'ablation d'une glande lacrymale pour faire cesser des larmoiements rebelles simples ou compliqués d'ophtalmie granuleuse.

Nous avons pu constater l'excellence et la rapidité des résultats obtenus et nous avons pensé faire œuvre utile en les exposant.

Il est admis, d'ailleurs, que l'on peut enlever la glande lacrymale dans le larmoiement rebelle, alors que tout autre traitement reste infructueux ; mais on n'accorde généralement, dans les indications opératoires, aucune portée aux ophtalmies graves, granuleuses surtout, qui accompagnent le larmoiement incoercible. M. Truc insiste beaucoup sur cette double indication de l'ablation des glandes lacrymales. Ces considérations diverses nous ont engagé à choisir cette question comme sujet de thèse inaugurale. Nous l'avons étudiée rapidement mais consciencieusement, en nous plaçant surtout au point de vue clinique.

Notre travail comprendra six chapitres :

Dans le premier, nous exposerons des considérations anatomo-physiologiques sur les glandes lacrymales, et dans le second, des considérations sur les modes divers de traitement du larmoiement.

Le chapitre III sera consacré à l'historique de l'ablation des glandes lacrymales.

Nous diviserons le chapitre IV en deux paragraphes : le premier contiendra les observations de larmoiement simple prises dans les auteurs et une observation inédite ; le deuxième, les observations de M. Abadie et de M. Truc, de larmoiement avec ophtalmie granuleuse.

Les indications et contre-indications de l'opération seront discutées dans le chapitre V.

Le chapitre VI nous servira à décrire l'opération, les procédés, le procédé de choix et les pansements.

Que M. le professeur Dubrueil, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, reçoive nos remerciements !

Nous adressons à M. le professeur-agrégé Truc l'expression de notre vive gratitude pour les utiles conseils qu'il a bien voulu nous donner.

DE L'ABLATION

DES GLANDES LACRYMALES

DANS LES LARMOIEMENTS INCOERCIBLES SIMPLES

ET DANS LES LARMOIEMENTS AVEC OPHTALMIE GRANULEUSE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES SUR LES GLANDES LACRYMALES

On donne le nom de *glande lacrymale* à deux corps glanduleux situés à la partie supérieure et externe de l'orbite. Le plus élevé, glande lacrymale proprement dite, glande innominée de Galien, occupe la fossette lacrymale du frontal et ne dépasse jamais le rebord orbitaire à l'état normal ; le second s'avance jusque dans l'épaisseur de la paupière supérieure et porte le nom de glande accessoire, de glande de Rosenmüller. Béraud a décrit, comme des parties de la glande lacrymale proprement dite, les nombreuses glandules qui versent les produits de leur sécrétion dans la moitié interne des sillons oculo-palpébraux supérieur et inférieur. Tous les auteurs

s'accordent pour décrire ces glandes avec la conjonctive ; il nous a paru bon cependant de les signaler en passant, à cause du liquide qu'elles secrètent, liquide plus consistant que le fluide lacrymal, qui protège la conjonctive en s'étalant à sa surface.

La glande lacrymale proprement dite, ou portion orbitaire, offre une couleur rosée et la forme d'une amande qui aurait 1 centimètre et demi de long ; elle est située dans la fossette orbitaire, qui répond à l'angle formé par la rencontre des parois supérieure et externe de l'orbite, à laquelle l'unissent des liens cellulo-fibreux assez résistants. Sa face inférieure, légèrement concave, repose sur l'élévateur de la paupière et sur le muscle droit externe. Son bord postérieur reçoit l'artère et le nerf lacrymal. Son bord antérieur, parallèle au rebord orbitaire, en reste distant de 3 à 4 millimètres. Ses extrémités sont arrondies ; l'interne répond au releveur de la paupière, l'externe à la partie moyenne du droit externe.

Il nous importe de connaître les rapports de la glande avec l'aponévrose orbitaire, et nous ne saurions mieux faire que d'en emprunter la description au *Traité d'Anatomie topographique* de Tillaux. Voici, d'après cet auteur, comment on peut se représenter les rapports de la glande avec l'aponévrose : « Le périoste de l'orbite arrivé à l'extrémité postérieure de la glande se divise en deux feuillets : l'un, très mince, poursuit le trajet primitif, passe entre la glande et l'os et va se continuer avec le périoste de la région sourcilière ; l'autre feuillet, plus épais, passe au-dessous de la glande et va rejoindre le précédent au niveau du rebord de l'orbite, mais après s'être confondu avec l'aponévrose oculaire, qui se rend aussi au même point pour se continuer également avec le périoste du sourcil. On pourrait donc dire presque indifféremment que la glande lacrymale est comprise dans un dédoublement du périoste de l'orbite ou bien dans un

dédoublement de l'aponévrose oculaire, qui va ensuite se continuer avec le périoste ; le fait, du reste, importe peu. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que la glande lacrymale est séparée par sa loge fibreuse : en avant de la conjonctive, en bas du globe de l'œil, en arrière de la cavité post-oculaire et qu'elle peut être énucléée sans que l'on ait besoin de mettre à nu l'une ou l'autre de ces parties. »

La portion palpébrale de la glande lacrymale est beaucoup moins volumineuse que la portion orbitaire ; elle est aplatie, irrégulièrement quadrilatère. Le releveur de la paupière recouvre sa face supérieure. Sa face inférieure est en rapport avec le muscle droit externe et plus bas avec la conjonctive. Par son bord postérieur elle se continue avec la portion orbitaire. Son bord antérieur répond au tiers externe du cul-de-sac oculo-palpébral supérieur. Ses bords latéraux sont irréguliers.

La glande lacrymale est une glande en grappe ; à l'œil nu, on voit les lobes parfaitement distincts, agglomérés pour la portion principale, étalés au contraire et presque séparés pour la portion palpébrale. La charpente de la glande est formée par des cloisons du tissu conjonctif, qui sépare les lobules les uns des autres. — Si l'on poursuit plus avant la structure de la glande lacrymale, on voit que les lobes se divisent en lobules, constitués eux-mêmes par un nombre plus ou moins grand de culs-de-sac glandulaires. Tous les culs-de-sac déversent leur produit de sécrétion dans le canal du lobule dont ils font partie, et ces canaux lobulaires, se réunissant ensuite, forment les canaux excréteurs proprement dits.

Quel est le nombre de ces canaux excréteurs ? Quels sont ceux qui viennent de la portion principale, quels sont ceux qui émanent de la portion accessoire ? Comment, enfin, ces deux ordres de conduits se comportent-ils dans leur trajet les uns vis-à-vis des autres ? La solution de ces diverses questions, objet

de nombreuses dissidences, intéresse non seulement l'anatomiste, mais encore le chirurgien qui veut pratiquer l'extirpation de la glande.

Santorini, Morgagni, Zinn, Haller, essayèrent d'injecter ces canaux; Monro, en 1758, parvint à en injecter deux au mercure. Hunter, Scarpa, Rosenmüller, Chaussier et Ribes arrivèrent à un résultat analogue. — En 1843, Gosselin fait des recherches à ce sujet. D'après lui, la portion orbitaire possède deux canaux excréteurs; la portion palpébrale six à huit; tous ces canaux, indépendants dans leur trajet, viennent s'ouvrir isolément à la conjonctive.

Tel était l'état de la question lorsque Sappey entreprit, en 1851, une série de recherches qui l'amenèrent aux conclusions suivantes :

1° Que les conduits peuvent être distingués en conduits principaux et conduits accessoires ;

2° Que les conduits principaux, au nombre de trois à cinq, émanent de la portion orbitaire, et reçoivent, en parcourant la portion palpébrale, tous les canalicules des lobules situés sur leur trajet;

3° Que les conduits accessoires, au nombre de deux ou trois, viennent exclusivement des lobules excentriques de cette portion palpébrale et qu'ils marchent parallèlement aux conduits principaux. Tous les canaux s'ouvriraient à 4 ou 5 millimètres au dessus du bord adhérent du cartilage tarse de la paupière supérieure, dans l'angle de réflexion de la conjonctive.

Dans un article publié dans les *Archives d'ophtalmologie*, en 1885, M. le professeur Badal s'efforce à son tour de résoudre le problème. Il a pu observer à découvert l'excrétion des larmes chez un malade atteint d'ectropion complet. De chacun des conduits venait sourdre le liquide lacrymal, qui, par sa présence, indiquait leur existence et leur siège. L'auteur en a compté

dix-huit ou vingt, chiffre bien supérieur à celui donné jusqu'ici par les anatomistes.

L'artère lacrymale, branche de l'ophtalmique, quelquefois de la méningée moyenne, aborde la glande par son bord postérieur. Après avoir traversé le parenchyme glandulaire, elle envoie quelques rameaux jusque dans la paupière et la région temporale. — Les veines, très nombreuses, se rendent dans l'ophtalmique. Les lymphatiques sont inconnus.

Les nerfs viennent de deux sources : 1° du trijumeau, par le rameau lacrymal de la branche ophtalmique de Willis et par le filet lacrymal du rameau orbitaire du nerf maxillaire supérieur ; 2° du grand sympathique, par des filets qui accompagnent l'artère lacrymale. Curée et Swan pensent que le nerf pathétique donne au nerf lacrymal quelques fibres nerveuses qui vont avec ce dernier se distribuer dans la glande, qui serait ainsi pourvue d'un nerf moteur.

Nous ajouterons, pour en finir avec l'anatomie, que la glande lacrymale est plus développée chez les enfants que chez les adultes et que le volume des deux parties est toujours dans une sorte d'antagonisme.

Physiologie. — Il est indispensable, avant de supprimer un organe, de connaître le rôle qu'il joue dans l'économie et l'importance qu'il possède au point de vue de ses fonctions.

La glande lacrymale a pour usage de sécréter les larmes proprement dites qui se répandent à la surface de la conjonctive, où elles se mélangent avec le mucus de cette membrane et avec le liquide produit par les glandules qui lui sont annexés. Elle n'est pas nécessaire, du moins pour sa partie orbitaire, au maintien de l'intégrité du globe oculaire. Tout d'abord on considéra la glande lacrymale comme servant à la lubrifaction de l'œil ; mais alors son absence, entraînant la sécheresse

de la conjonctive, devrait nécessairement amener des accidents redoutables. Il n'en est rien. Sous l'influence d'excitations directes portant sur la cornée, la conjonctive ou les fosses nasales, à l'état de veille, la sécrétion lacrymale s'exagère ; une vive douleur physique ou de grandes émotions morales, la joie, la colère, la tristesse, viennent quelquefois nous arracher des larmes ; une congestion vers la tête, dans les efforts violents, amène une hypersécrétion des larmes. Mais à l'état normal la conjonctive reste humide, grâce aux glandules que Béraud a signalés. C'est là un fait sur lequel s'accordent les physiologistes et les chirurgiens.

M. Badal qui, chez son malade, a fait l'extirpation successive des deux portions de la glande, a vu qu'après l'ablation de la portion orbitaire la sécrétion avait encore diminué des deux tiers, mais que les glandules palpébraux donnaient toujours du liquide lacrymal avec une certaine abondance. Il en conclut que cette partie de la glande ne joue pas un rôle aussi effacé qu'on pourrait le croire dans la lubrifaction de l'œil. Le malade, après l'extirpation de la glande orbitaire, aurait seulement perdu la faculté de pleurer. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce point.

Il est important, au point de vue opératoire, de dire un mot de la physiologie du nerf lacrymal. Si, en le détruisant ou en le sectionnant, il était possible de supprimer le fonctionnement de la glande, on comprend immédiatement quelle ressource le chirurgien trouverait dans cette opération qui, dans les cas de larmoiement incoercible, serait toujours préférée à l'extirpation. Le nerf est profondément caché sous la voûte orbitaire, en arrière de la glande ; il n'est pas cependant inaccessible aux instruments tranchants, à cause de sa position intermédiaire au muscle droit supérieur de la paupière et au droit externe.

Abadie, Demtschenko, Wolferz, Reich, Herzenstein, se sont occupés de la question. Dans des expériences très bien conduites, où il a coupé le filet lacrymal, Longet a constaté la diminution, mais non la suppression de la sécrétion ; d'autre part, Magendie, en piquant ce même nerf, provoque une sécrétion abondante de larmes.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DU LARMOIEMENT. — MODES DIVERS. RÉSULTATS

L'épiphora reconnaît le plus souvent pour origine une certaine malformation des voies lacrymales, et sa cause fondamentale se trouve dans le rétrécissement du canal nasal. C'est lui, pour ainsi dire, qui tient sous sa dépendance toutes les autres lésions. La méthode curative du rétrécissement des voies lacrymales actuellement en vigueur est déduite des connaissances que nous possédons sur la physiologie et sur la pathologie des voies lacrymales.

A son premier degré, le larmoiement est assez peu accentué et intermittent ; il s'exagère pendant la saison froide et surtout par les temps humides et avec le vent. Dans cette première période, l'œil est simplement humide, mouillé, selon l'expression anglaise de *Watery eye,* mais cette humidité constante, qui devient un larmoiement véritable dès que le malade s'expose à un froid extérieur un peu vif, ne tarde pas à être gênante et peu à peu intolérable, par sa persistance même.

Dans la seconde période, le larmoiement d'intermittent est devenu peu à peu continuel, et la maladie est caractérisée par la blennorrhée du sac ; la région du sac est soulevée par une tumeur mollasse, gonflée de muco-pus qui sort par les points

lacrymaux sous la pression du doigt ; le plus souvent la maladie est enrayée par le traitement à cette période ; cependant on peut voir le catarrhe chronique se transformer brusquement en dacryocystite aiguë, en phlegmon du sac. D'ailleurs la première période elle-même n'est pas à l'abri d'une poussée aiguë, mais le fait est plus rare et s'observe surtout chez les enfants.

Les deux dernières périodes de la maladie sont constituées par la production d'une fistule faisant ouvrir le sac à l'extérieur et par l'altération des os qui constituent le canal nasal.

Le professeur Panas, dans ses leçons sur les affections de l'appareil lacrymal, a divisé le traitement chirurgical de la dacryocystite en trois grandes méthodes :

La première, la plus ancienne, comprend tous les procédés de destruction de l'appareil lacrymal (voies d'excrétion et glandes).

La deuxième méthode comprend tous les moyens qui tendent à rétablir le trajet lacrymal normal. Cette méthode, plus nouvelle dans son ensemble, est celle qui est généralement suivie de nos jours.

La troisième, qui ne s'applique qu'à certains cas, consiste dans la création de nouvelles voies quand les conduits naturels sont définitivement oblitérés.

La première méthode ne nous arrêtera pas longtemps.

Employée dès les premiers âges de la médecine, subissant des modifications diverses entre les mains de chaque chirurgien, elle se propose, en définitive, d'oblitérer ou même de supprimer les différentes parties des voies lacrymales : sac, points lacrymaux et même glande lacrymale. Les anciens, ignorant absolument l'existence des voies d'excrétion des larmes, opéraient empiriquement ; aussi n'insistons-nous pas. Le premier qui raisonna les effets de la destruction fut Nannoni, en 1748 : il ouvrait le sac, introduisait dans sa cavité une boulette de charpie enduite d'une pommade à l'alun et au précipité rouge ;

il cautérisait, en outre, au nitrate d'argent. Jusqu'en 1850, la méthode est peu employée ; le mémoire de Magne sur la cure radicale de la tumeur et de la fistule du sac lacrymal, la tire de l'oubli. Son procédé consiste : 1° à ouvrir largement le sac au moyen d'une incision verticale ; 2° à absterger sa cavité avec une boulette de charpie ; 3° à écarter les lèvres de la plaie au moyen d'un instrument dilatateur ; 4° à introduire jusqu'au fond du sac, au moyen d'une éponge, du beurre d'antimoine. L'escarre se détache au bout de huit jours, et la cicatrisation est complète vers le 30e jour.

Chaque chirurgien qui appliqua la méthode de Magne se servit de son caustique favori : l'un, de la pâte de Canquoin, Maisonneuve de la pâte de Vienne, Sperino et Warlomont du chlorure de zinc, Desmarres du feu.

Toutes ces tentatives devaient être abandonnées en présence de la méthode rationnelle de traitement des affections des voies lacrymales, méthode qui consiste à tenter de rétablir le cours des larmes par les voies naturelles. Nous examinerons avec quelques détails les procédés qui se sont inspirés de son principe.

(a) *Injections.* — A l'époque où l'élément inflammatoire dominait toute la pathologie, les auteurs avaient essayé d'enrayer la marche de l'affection à l'aide des antiphlogistiques variés, et surtout par des injections médicamenteuses, faites à travers les voies lacrymales.

Anel, vers 1712, ayant inventé la seringue qui porte son nom, contribua pour une large part à la pratique de ces injections : il poussait son injection dans l'un des points lacrymaux, en comprimant l'autre avec le doigt, pour empêcher le liquide de refluer au dehors. Les chirurgiens varièrent le liquide de ces injections : généralement, ils se servaient de décoctions de morelle et de jusquiame, de belladone. Cependant les

liquides caustiques étaient quelquefois employés : solution de nitrate d'argent, solution de potasse caustique. Les travaux de Boinet, un mémoire de Fano, une thèse de Subert, attirèrent, mais ne retinrent pas l'attention sur les injections de teinture d'iode : il était trop difficile d'empêcher complètement et sûrement le reflux du liquide iodé dans la conjonctive. Il est bon, à ce propos, de mentionner le mode opératoire de Verneuil, qui pratiquait les injections iodées directement dans le sac enflammé, et non plus par les points lacrymaux, à l'aide d'une seringue de Pravaz. Le danger persiste toujours pour la conjonctive.

(b) *Dilatation.* — La méthode des injections dérivait des symptômes inflammatoires qui constituaient d'abord pour les auteurs toute la maladie ; mais, du jour où l'idée de rétrécissement domina la pathologie des voies lacrymales, le principe de la dilatation domina lui-même toute la thérapeutique de ces affections.

En quoi donc consiste la dilatation ? Nous emprunterons notre réponse au travail de M. Valude : « La dilatation consiste dans le passage d'une tige solide à travers les voies lacrymales ; elle peut être lente ou rapide, temporaire ou persistante ; elle peut être faite avec des instruments métalliques, pleins ou creux, ou encore avec des tiges souples ; mais dans tous les cas c'est, dans son principe, la meilleure méthode à opposer aux affections des voies lacrymales, car elle seule se propose le but éminemment rationnel de rétablir le cours naturel des larmes. »

La dilatation date d'Anel, qui se servait d'un stylet fin en or, qu'il introduisait par les points lacrymaux et qu'il faisait pénétrer dans le canal nasal ; après lui, Travers employa un clou à tête, fin et délié, qu'il laissait dans les voies lacrymales. Le stylet et le clou ne répondant pas aux désirs des chirur-

giens et malades, Méjean eut l'idée de passer, au moyen d'un stylet d'Anel introduit dans les points lacrymaux et ressortant par le nez, un séton de fil de soie destiné à servir de conducteur à une mèche dilatatrice enduite de cérat et renouvelée chaque jour.

J.-L. Petit proposa, à cause de l'inflammation produite par le séton, d'ouvrir toujours le sac lacrymal et de faire passer le séton de Méjean non plus par les points lacrymaux, mais par cette ouverture artificielle.

Les sétons constituant un traitement désagréable et toujour fort long, Scarpa préconisa la dilatation immédiate et permanente par l'application du clou à demeure, et Dupuytren, dans un but identique, sa canule à demeure, procédé très avantageux qui débarrassait promptement le chirurgien d'une classe de malades aussi difficile que longue à satisfaire.

La dilatation telle que nous venons de la décrire, temporaire ou permanente, ayant donné de mauvais résultats, était sur le point d'être abandonnée lorsque Bowman la remit en faveur, mais avec quelques modifications. Au lieu de se servir du stylet en or d'Anel, stylet fin, exposant à de fréquentes fausses routes, Bowman emploie des sondes en argent, d'un calibre variable, jusqu'à la grosseur de 1 millim. de diamètre et exécute le cathétérisme de la façon suivante :

Il assure au préalable l'introduction facile du stylet dans le canalicule lacrymal par trois moyens : 1° la dilatation du point lacrymal avec la sonde conique pointue, qu'on roule dans les doigts comme une vrille ; 2° le débridement du point lacrymal seulement ; 3° le débridement du canalicule lacrymal tout entier, jusqu'au sac exclusivement.

Cette opération préparatoire faite, le cathétérisme sera institué et les sondes introduites soit par le point lacrymal supérieur, soit par le point lacrymal inférieur, de préférence par ce dernier.

Voici comment on procède pour pratiquer le cathétérisme par le canalicule inférieur, ce qui est le cas le plus fréquent.

Il importe de ne se servir que de sondes parfaitement aseptiques, et pour cela, le meilleur moyen consiste à les passer rapidement à la flamme de la lampe à alcool. Puis, l'œil étant anesthésié par l'instillation de quelques gouttes d'un collyre à la cocaïne, on fait pénétrer la sonde dans le canalicule lacrymal, suivant une direction transversale de dehors en dedans et légèrement oblique en haut et en arrière ; le doigt de la main inoccupée tend légèrement le bord de la paupière sur laquelle on opère. Lorsque l'on sentira la sonde butter contre un obstacle qui doit être le fond du sac lacrymal, on relèvera la sonde verticalement et il ne restera plus qu'à l'enfoncer fermement, mais non brutalement dans cette même direction.

Il faut toujours procéder avec douceur, s'arrêter à chaque obstacle, pour reculer légèrement, puis avancer de nouveau avec précaution pour éviter les fausses routes et les déchirures de la muqueuse. La sonde introduite restera en place vingt ou trente minutes, et l'on répétera le cathétérisme tous les deux jours. Il est bon de ne pas commencer la dilatation en se servant des sondes les plus fines, qui exposent aux fausses routes, comme le stylet d'Anel. Le numéro 3 est un bon numéro de début, et l'on ne songera à employer un numéro supérieur que lorsque le précédent pénétrera avec aisance et sans provoquer de douleur ; il est inutile ordinairement de dépasser les numéros 4 ou 5.

Tel est le procédé que nous voyons journellement employé contre le larmoiement produit par rétrécissement. Notre énumération serait incomplète si nous ne disions quelques mots du procédé de Weber et de celui de Stilling. Le cathétérisme de Weber est un cathétérisme forcé ; il consiste dans l'introduction d'un stylet conique assez gros vers sa base dans les voies lacrymales. Il est précédé du débridement de l'orifice

du sac au moyen d'un couteau fin et boutonné, construit à cet effet par Weber ; on introduit la pointe boutonnée dans le point lacrymal, le tranchant en haut et en dehors pour l'inférieur, en bas et en dehors pour le supérieur. Le couteau est enfoncé jusqu'au sac, puis relevé verticalement, la lame en avant, et, pour effectuer le débridement large du sac, il suffit d'enfoncer le couteau verticalement jusqu'aux deux tiers de sa longueur, puis de faire basculer le manche de l'instrument en avant. On entend le ligament qui craque et cède sous la lame, puis on retire le couteau. La main restée libre tend le bord palpébral, comme dans le cathétérisme ordinaire.

Mais il est des cas où la guérison n'est amenée ni par l'incision des canalicules suivie du cathétérisme de Bowman, ni par le débridement du sac, parce que, dans le trajet du canal nasal, se trouve un rétrécissement infranchissable ou incurable par la simple dilatation. C'est pour ces cas que fut imaginée la stricturotomie, opération développée et vulgarisée par Stilling, qui construisit, pour la pratiquer, un couteau triangulaire et à pointe mousse, qui porte son nom. Les premiers temps de l'opération, introduction et enfoncement du couteau, sont les mêmes que précédemment ; le troisième temps consiste à enfoncer dans le canal, jusqu'à la garde, la lame et à ce moment on la fait tourner sur elle-même en plusieurs sens, de sorte que la coarctation est partout détruite.

La troisième méthode, avons-nous dit, a en vue la création de nouvelles voies quand les conduits naturels sont définitivement oblitérés.

Cette méthode, d'un usage fréquent, trop fréquent peut-être autrefois, est aujourd'hui à peu près complètement abandonnée. Trois grands procédés se disputaient la faveur des chirurgiens : la perforation de l'os unguis, la perforation d'un canal nouveau à travers l'ancien oblitéré, la perforation du sinus maxillaire, opération dangereuse par elle-même d'abord

et ensuite par l'accumulation des larmes et du muco-pus dans le sinus maxillaire, qui peut sous leur influence s'enflammer et suppurer. La perforation de l'os unguis est le moyen le plus simple de faire passer les larmes dans les narines ; aussi est-ce une opération très ancienne remontant à Paul d'Egine et qui fut dans les temps modernes pratiquée par Woolhouse, par Hunter, par Bell, par Richter, Scarpa... Elle donne cependant de très médiocres résultats, et le nouveau canal s'oblitère rapidement.

Nous venons de passer en revue les trois méthodes que le chirurgien peut mettre en usage contre le larmoiement. La seule lecture de l'exposé que nous avons fait permet de reconnaître qu'une seule est susceptible d'être employée, c'est la méthode de Bowman, le cathétérisme par les points et les canalicules lacrymaux sans toucher aux parois du sac, qui représente avec son appareil musculaire constitué par les tendons de l'orbiculaire l'organe d'absorption des larmes. La véritable cause de l'insuccès des anciens procédés était dans la perturbation qu'ils apportaient à la fonction du sac dont ils intéressaient tellement les parois que la pénétration des larmes devenait impossible. Aussi, même avec une fistule accidentelle, se garde-t-on de profiter de ce passage, qui semble s'offrir si naturellement à l'introduction des sondes : le cathétérisme par les points lacrymaux incisés, sera encore le seul moyen efficace de fermer le trajet fistuleux.

Mais tous les moyens ont échoué : malgré un cathétérisme méthodique, le larmoiement persiste et devient pour le malade une infirmité très désagréable ; il constitue, comme nous le verrons plus loin, un danger véritable pour la vision et cependant on passe dans le canal nasal une sonde d'un gros calibre (n° 6 de Bowman) : rien n'y fait, l'épiphora n'a pas le moins du monde diminué. Il faut supprimer la cause pour faire cesser

l'effet, et le chirurgien n'a d'autre ressource que d'enlever la glande lacrymale qui secrète outre mesure.

Nous pouvons aborder maintenant l'historique de l'ablation des glandes lacrymales dans les larmoiements incoercibles.

CHAPITRE III

HISTORIQUE DE L'ABLATION DES GLANDES LACRYMALES

L'extirpation partielle ou totale de la glande lacrymale n'est point une opération nouvelle ; elle a été pratiquée à deux points de vue différents.

Rien n'est plus naturel que d'enlever cet organe devenu le siège d'une hypertrophie ou d'une dégénérescence encéphaloïde ou carcinomateuse, gênante pour le malade et dangereuse pour l'œil correspondant. Plusieurs praticiens distingués, Daviel, Cloquet, Caron du Villars en France, Charles Tood, Lawrence en Angleterre, O'Beirne, à Dublin, extirpèrent la glande pour des cas d'affection cancéreuse. Ces opérations n'offrent qu'un intérêt médiocre, puisque l'état des parties nécessite l'ablation d'un organe dont les fonctions sont plus ou moins altérées.

Tout autres sont les conditions, quand il s'agit d'une glande saine que l'on extirpe en totalité ou en partie pour faire cesser un larmoiement continuel. C'est dans ce but précisément que P. Bernard, en 1843, proposa et pratiqua pour la première fois l'ablation de la glande, comme traitement curatif de certaines affections rebelles des voies lacrymales. Le besoin

d'une opération radicale se faisait sentir, car, en 1838, Caron du Villars écrivait dans son guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux : « Jusqu'à ce jour, l'on n'a trouvé aucun traitement qui pût faire diminuer la sécrétion des larmes ; ce serait cependant un grand service rendu à la thérapeutique des maladies des yeux. » — La guérison fut complète.

L'idée pratique de P. Bernard n'eut pas en France tout le retentissement qu'elle méritait. Elle fit son chemin en Allemagne et en Angleterre.

En 1847, Charles Textor publie dans les *Annales d'Oculistique* une observation d'ablation de glande lacrymale pratiquée par son père pour guérir le larmoiement, le 30 janvier 1846.

En 1867, au Congrès d'ophtalmologie tenu à Paris, Lawrence (de Londres) expose le résultat de ses recherches sur l'extirpation de la glande lacrymale, pour la cure radicale des maladies des voies lacrymales. Le tableau qu'il présente porte 20 cas d'extirpation, dont 14 personnels, dans lesquels le larmoiement existait, et c'était même la principale cause qui sollicitait le malade à recourir à l'assistance chirurgicale. Malgré les avantages que Lawrence attribue à l'opération, malgré les résultats très satisfaisants qu'il avait obtenus, l'extirpation des glandes lacrymales pour la cure de l'épiphora ne fut pas pratiquée d'une façon courante.

De Wecker, frappé des résultats obtenus par le chirurgien anglais, fit l'ablation de la glande lacrymale, le 5 décembre 1867, chez un malade atteint d'un larmoiement très intense consécutif à un rétrécissement du canal nasal du côté droit, traité antérieurement et pendant longtemps par les moyens ordinaires.

C'était la seconde opération faite en France pour remédier à un simple épiphora, et cette méthode semblait devoir rester longtemps plongée dans l'oubli, lorsque, dans le courant de

mai 1876, le docteur Abadie, désespérant de guérir une malade affectée depuis longtemps d'un épiphora incoercible, se décida à faire l'ablation de la glande lacrymale. Le succès couronna son entreprise. Cette observation servit de base à une thèse qui parut la même année, sous la signature du Dr Marula.

Deux ans après, en 1878, le Dr Abadie publia, dans la *Gazette de médecine et de chirurgie*, un article intitulé : *De quelques indications nouvelles d'extirpation de la glande lacrymale,* avec deux observations inédites. « L'extirpation n'est plus dirigée seulement contre le larmoiement simple, infirmité parfois très désagréable, mais en somme peu dangereuse, mais bien contre une véritable maladie chronique de la conjonctive, ayant déjà compromis gravement l'organe de la vision et qui eût certainement entraîné à la longue sa désorganisation complète. » — Voilà donc un motif auquel on n'avait pas encore songé. Jusqu'à Abadie, le larmoiement seul pouvait faire songer à l'opération ; pour cet auteur, un élément nouveau, la conjonctivite, entre en ligne de compte.

En 1885, dans les *Archives d'ophtalmologie,* Badal publie un cas d'extirpation de la glande lacrymale en totalité, portion orbitaire et portion palpébrale, et inspire la thèse du Dr Peyret (de Bordeaux).

L'année suivante, 1886, le Dr Darier, chef de clinique de M. Abadie, fait paraître dans la *Gazette médicale de Paris* cinq observations, relevées depuis trois ans, d'extirpation de la glande lacrymale dans les cas de larmoiement incoercible.

Enfin cette année, en 1889, M. le professeur-agrégé Truc, chargé du cours complémentaire d'ophtalmologie à la Faculté de Montpellier, amené à pratiquer l'ablation de la glande lacrymale pour remédier à un larmoiement incoercible chez des granuleux, a exposé dans un mémoire les considérations qui imposent cette opération dans certains cas d'ophtalmie

granuleuse. Il a été ainsi conduit à faire des recherches bibliographiques qui lui ont appris que déjà, en 1878 (*Gaz. hebd.*), Abadie avait enlevé la glande lacrymale, pour s'opposer à l'épiphora et aussi pour améliorer la conjonctivite causée par celui-ci.

M. Truc considère l'ablation lacrymale comme indiquée dans tous les cas où un larmoiement persistant entretient une ophtalmie grave, surtout granuleuse.

Si maintenant, après cet historique succinct, nous cherchons quelles raisons ont poussé les chirurgiens à enlever les glandes lacrymales, nous verrons que de Bernard jusqu'à Abadie et M. Truc, le larmoiement incoercible était le seul motif qui déterminât le chirurgien. Abadie eut le mérite, en 1878, de mettre en lumière les considérations nouvelles qui l'avaient guidé dans ces tentatives : « Que des granulations, par exemple, dit-il, se développent à la surface de la conjonctive et provoquent une hypersécrétion réflexe de la glande lacrymale ; que cet acte réflexe, à force de se reproduire, finisse par déterminer une suractivité constante de la glande, aussitôt un cercle vicieux s'établit pour ainsi dire : la muqueuse enflammée irrite la glande ; celle-ci réagit en sécrétant des larmes, qui, à leur tour, irritent la muqueuse, et l'on voit échouer alors tous les moyens qui réussissent d'ordinaire. »

Nous avons bien souvent, pendant les consultations, entendu M. Truc attirer l'attention des élèves sur « cet échange incessant de mauvais procédés » qui se faisait entre la conjonctive et la glande dans les cas de conjonctivite granuleuse.

Il faudra donc tenir grand compte à l'avenir, dans le traitement des granuleux, de l'état d'humidité de leur œil et ne pas hésiter à enlever la glande, si les moyens ordinaires que nous avons précédemment étudiés ne font pas cesser la stagnation du liquide lacrymal.

Quant aux suites de l'opération, elles sont des plus simples :

on n'a jamais constaté de sécheresse de l'œil, ce qui, en somme, a le plus préoccupé les chirurgiens : l'œil est toujours resté brillant et humide, sans que jamais il y eût tendance au larmoiement. Les opérés avaient seulement perdu la faculté de pleurer du côté privé de la glande lacrymale.

CHAPITRE IV

Nous donnerons dans ce chapitre un résumé des observations d'ablations lacrymales pratiquées en France pour guérir le larmoiement simple ; nous exposerons avec plus de détails les observations dans lesquelles à l'épiphora se joignent des granulations, comme dans les cas d'Abadie et de True.

OBSERVATION PREMIÈRE

(P. Bernard, *Annales d'oculistique*, 1843. — Résumée d'après la thèse du Dr Marula)

Pelloni, 30 ans, jardinier, était affecté depuis plus de dix ans d'un larmoiement de l'œil gauche, des plus intenses et des plus incommodes. Divers chirurgiens de Paris, un professeur de la Faculté, avaient essayé sans succès tous les traitements en honneur, et cela pendant dix années consécutives.

Quand le malade vint réclamer nos soins, il y a 18 mois, nous pratiquâmes le cathétérisme supérieur des voies lacrymales, et le canal excréteur nous parut sain dans toute son étendue. La cause du larmoiement était donc ailleurs que dans l'obstruction du sac et du canal. Cependant nous soumîmes le malade à un traitement médico-chirurgical, qui ne dura pas

moins d'une année et pour lequel nous renouvelâmes les moyens déjà employés infructueusement par d'autres confrères. Au bout de ce temps, le traitement n'était pas plus avancé en guérison que le premier jour. Or, comme dans l'espèce aucun agent thérapeutique n'avait été assez heureux pour triompher de la maladie, il était rationnel, contrairement à l'opinion des chirurgiens les plus recommandables, de penser que l'ablation de la glande lacrymale pouvait seule offrir quelque chance favorable.

L'opération fut faite à notre dispensaire, suivant le procédé d'Anel : le malade étant assis sur un siège bas, après avoir fait abaisser la paupière, nous fîmes un pli à la partie supérieure et externe de l'orbite, immédiatement au-dessous du sourcil et au niveau du rebord orbitaire ; l'aide tint le bout supérieur du pli, tandis qu'avec le pouce et l'index de la main gauche, nous maintenions le bout inférieur. Alors, prenant un petit scalpel à lame courte, nous incisâmes ce pli jusqu'à sa base en dirigeant l'instrument du côté de la voûte orbitaire et de manière à faire une incision de 15 millimètres ; ensuite, avec deux érignes mousses, l'aide fut chargé d'écarter les bords de la plaie, tandis qu'au moyen d'une pince fine nous disséquâmes les parties intermédiaires jusqu'à ce que nous fûmes arrivé à la cavité orbitaire, ce dont nous nous aperçûmes facilement par le défaut de résistance. Une sonde cannelée fut alors introduite sous le fascia palpébral, et nous débridâmes avec le scalpel.

Il s'écoula peu de sang, et, aussitôt le débridement achevé, nous aperçûmes le lobe palpébral de la glande qui était si volumineuse qu'elle dépassait sensiblement le rebord orbitaire ; nous saisîmes ce lobe avec une double érigne à strabisme, et avec des ciseaux courbes nous détachâmes le lobe, qui avait le volume d'une petite amande. L'opération guérit en peu de jours, sans accidents et sans suppuration abondante.

Cependant l'opération étant jugée insuffisante par Bernard, deux mois après cette première excision, une seconde opération fut pratiquée pour enlever tout le reste de la glande.

Cette fois, la plaie guérit encore plus promptement que la première, et cinq mois après la seconde opération, le malade était délivré de sa gênante incommodité.

OBSERVATION II

Ablation pratiquée par le Dr de Wecker, 5 décembre 1867; thèse de Marula.

X..., 30 ans, atteint d'un larmoiement très intense, consécutif à un rétrécissement du canal nasal du côté droit, fut soumis pendant longtemps sans succès aux procédés de traitement employés en pareil cas. Sollicité par le malade, le Dr de Wecker fit l'ablation de la glande lacrymale. Le manuel opératoire ne présenta rien de particulier. Les parties enlevées furent envoyées à Cornil, qui, quelques jours plus tard, lui adressa la note suivante : « La grosse masse grise et lobulée que vous m'avez envoyée était uniquement composée du cul-de-sac d'une glande ancienne... » La réunion se fit par première intention ; le gonflement et le faible ptosis de la paupière supérieure qu'a présentés le malade se sont dissipés rapidement, et quinze jours après l'opération, X... ne se plaignait que d'un larmoiement insignifiant.

OBSERVATION III

Ablation pratiquée par Abadie, 1876 ; thèse de Marula.

Bodot (M.), 37 ans, affectée depuis trois ans d'un larmoiement accompagné parfois d'une légère diminution de netteté dans la vision de l'œil droit. Quand elle se présente à la clinique, le larmoiement est tel, que tout travail est impossible ; en outre, le contact incessant du liquide avec la conjonctive a amené une légère inflammation de la muqueuse. M. Abadie institue le cathétérisme par la méthode de Bowman et le continue pendant dix-huit mois sans que l'épiphora ait diminué pour cela. Bien plus, le sac se mit à suppurer. Abadie l'incise et applique à deux reprises de la pate de Canquoin. Au bout d'un mois, le sac était détruit et la plaie cicatrisée ; mais le larmoiement se maintenait toujours considérable. Dans ces conditions, l'extirpation de la glande fut résolue. Une incision de 5 à 6 centimètres fut pratiquée près de l'extrémité externe du sourcil droit, au niveau du rebord de l'orbite. La peau, le muscle orbiculaire, l'aponévrose orbitaire, furent sectionnés avec soin et la glande mise à découvert. La glande fut extraite assez facilement par des tractions légères ; les lèvres de la plaie furent réunies par quelques points de suture.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et la malade retourna à la clinique deux mois après, complètement débarrassée de son infirmité et travaillant sans éprouver ni gêne, ni fatigue.

OBSERVATION IV

Cinq observations prises dans l'espace de trois ans à la clinique de M. Abadie, par le Dr Darier, chef de clinique (*Gazette méd. de Paris*, 1886).

I. — Mlle M..., 19 ans, atteinte de larmoiement de l'œil droit, pour lequel elle se fait soigner depuis de longs mois, préfère subir une opération plutôt que de garder son infirmité. Les sondes les plus grosses passent facilement, et néanmoins l'épiphora persiste. M. Abadie pratique l'extirpation de la glande lacrymale pendant la narcose chloroformique. La guérison s'opère rapidement, mais un ptosis de la paupière nécessite une nouvelle intervention. Trois mois plus tard, la jeune fille retourne dans son pays, parfaitement guérie et très satisfaite ; son œil, toujours parfaitement humide et brillant, ne larmoie plus du tout.

II. — X..., sculpteur à Saint-Denis, vient depuis deux ans à la clinique du Dr Abadie pour se faire passer des sondes ; mais le larmoiement n'en persiste pas moins et l'incommode énormément pendant l'exécution de ses travaux délicats. L'extirpation de la glande lacrymale le guérit complètement.

III. — Mlle L..., 23 ans, se fait aussi passer des sondes depuis fort longtemps pour un larmoiement de l'œil gauche qui ne disparaît pas. Elle est désolée, car, dit-elle, c'est une gêne continuelle, et de plus la peau de la joue, perpétuellement irritée, est le siège d'un eczéma rebelle. Elle demande la guérison, même au prix d'une opération. Trois mois plus tard, elle revenait nous montrer ses yeux ; le gauche, que l'extirpation de la glande avait parfaitement guéri, paraissait aussi bien que l'autre.

IV. — M. A..., 25 ans, a été mordu par un gros chien qui lui a planté un de ses crocs en plein caroncule de l'œil droit, en lui déchirant la paupière inférieure.

Il a conservé, après la suture de la paupière, un larmoiement causé par une obstruction complète cicatricielle du sac lacrymal. Impossible de passer des sondes par les points lacrymaux compris dans le tissu cicatriciel et devenus imperméables. Après de nombreuses tentatives restées infructueuses, M. Abadie pratique, le 4 août 1885, l'extirpation de la glande lacrymale. En décembre, nous avons revu le malade, qui est très satisfait et ne présente plus de larmoiement.

V. — Le 17 novembre 1885, M. Abadie a encore extirpé la glande lacrymale d'un jeune garçon de 11 ans qui avait déjà couru plusieurs cliniques pour se faire guérir d'un épiphora rebelle de l'œil gauche ayant provoqué et entretenant un eczéma chronique de la peau de la joue du même côté. Son œil est aujourd'hui absolument semblable à l'autre.

OBSERVATION V

(Inédite)

Rétrécissement des voies lacrymales. — Ablation de la glande lacrymale

D... (B.), 24 ans, étudiant à l'École d'agriculture, se présente, le 15 janvier 1889, à la clinique ophtalmologique. Les antécédents héréditaires généraux et oculaires sont nuls ; les antécédents particuliers généraux ne présentent rien à noter. Il faut toutefois signaler un aspect lymphatique très marqué.

Ce jeune homme vient à la consultation pour un rétrécisse-

ment des voies lacrymales, qu'il fait remonter à une date très ancienne, puisque, il y a 10 ans environ, le malade se fit soigner pour un larmoiement qui le gênait considérablement et l'empêchait de se livrer à des travaux sérieux. A cette époque, et des deux côtés, se formèrent des abcès au niveau du cul-de-sac lacrymal, deux fois à droite, une fois à gauche ; ces abcès furent ouverts et, à la suite de l'intervention chirurgicale, se produisit une rétraction des tissus, qui amena à l'angle interne des yeux une dépression très marquée, surtout à droite. Depuis lors, D... n'avait plus eu à se préoccuper de son épiphora, qui était assez léger.

Dans le courant de décembre 1888, sous l'influence du froid et du vent, le larmoiement reparut, assez intense pour empêcher D... de lire, d'écrire et gêner un peu la vision. C'est ce qui le détermina à venir consulter le Dr Truc, qui institua aussitôt la dilatation méthodique de Bowman et incisa le point lacrymal gauche ; la sonde, pendant les premiers temps, était difficilement supportée et occasionnait à D... des douleurs atroces qui duraient tout le jour.

A droite, toutes les tentatives pour faire pénétrer la sonde restèrent vaines.

Le cathétérisme, répété régulièrement tous les deux jours pendant trois mois, avait amené une légère amélioration du côté gauche ; les larmes ne coulaient plus sur la joue, et la vision s'était éclaircie. A droite, l'œil était continuellement baigné par le liquide lacrymal, qui avait déterminé une rougeur conjonctivale assez intense. C'est dans de telles conditions que l'opération fut proposée à D..., qui l'accepta, car l'état oculaire menaçait de s'aggraver.

Le 3 avril, le sourcil étant rasé dans sa moitié externe, la peau savonnée, lavée au sublimé et à l'éther, la chloroformisation commença. Une incision de 4 centimètres environ fut faite parallèlement à l'arcade sourcilière, et les parties molles

divisées avec soin jusqu'à l'aponévrose orbitaire. La glande lacrymale, cachée sous une couche assez épaisse de tissu cellulo-adipeux, fut extraite facilement. L'hémostase et la désinfection rigoureuse des surfaces faites, les lèvres de la plaie furent affrontées et réunies par quatre points de suture ; une couche très légère d'iodoforme fut répandue sur la région orbitaire, et l'on procéda au pansement.

Nous n'avons pas insisté sur les détails de l'opération, nous réservant d'y revenir quand nous traiterons du manuel opératoire.

Les jours suivants, les douleurs furent très vives dans la tête, mais nulles dans l'œil. D... éprouvait en même temps une sensation légère de sécheresse conjonctivale. Pansement humide et compressif, pour faire disparaître une petite ecchymose de la paupière supérieure.

Quatre jours après l'opération, les fils sont enlevés et les bords sont maintenus au contact par des bandelettes de baudruche gommée. En somme, guérison opératoire simple, complète et rapide.

Nous avons revu le malade un mois et demi après l'opération : il ne se plaint que d'un peu de lourdeur de la paupière supérieure ; il ne souffre nullement de l'œil droit, n'a jamais constaté de sécheresse du globe, même au soleil ; l'épiphora n'existe plus et la vision est normale.

Il vient de temps en temps à la clinique se faire sonder les voies lacrymales gauches.

A la suite de cette observation, nous pourrions et nous devrions peut-être rapporter celle si intéressante publiée par M. Badal, en octobre 1885, dans les *Archives d'ophtalmologie,* et qui est rapportée tout au long dans la thèse du Dr Peyret, de Bordeaux. Mais cette observation a surtout pour objet d'élucider certains points très controversés de l'anatomie et

de la physiologie de la glande lacrymale ; elle nous servira lorsque nous aurons à conclure et à discuter les indications et les contre-indications de l'opération. Ce qui, indépendamment de l'intérêt qui pour nous s'attache à toute ablation lacrymale, rend le cas de M. Badal très remarquable, c'est qu'il a dû intervenir à deux reprises pour guérir son malade atteint d'ectropion cicatriciel, lequel, laissant la cornée à découvert, avait été cause d'une kératite grave ; l'ablation de la glande orbitaire n'ayant pas suffi, Badal extirpa la portion palpébrale.

Observations de larmoiement incoercible, coïncidant avec une ophtalmie granuleuse

---

OBSERVATION VI

Abadie (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*). Observation résumée.

Mlle Alice Jeanney, 14 ans, se présente à la clinique le 11 janvier 1876. Elle a mal à l'œil droit depuis 6 à 7 ans. Elle a été soignée constamment, mais l'amélioration n'a jamais été que passagère. Depuis quelque temps une aggravation manifeste s'est produite.

La paupière, du côté droit, est renversée en dehors ; l'œil est baigné de larmes qui, à chaque instant, débordent la paupière et tombent sur la peau, atteinte d'eczéma chronique, cause du renversement de la paupière. Un examen plus attentif révèle l'existence d'une conjonctivite granuleuse avec pannus, marqué surtout dans le tiers supérieur. La vision de ce côté est extrê-

mement mauvaise ; la malade ne peut compter les doigts de la main qu'à une petite distance. L'œil gauche est sain.

La jeune fille avait été soumise pendant longtemps au cathétérisme ; le canalicule inférieur était incisé dans toute son étendue. Abadie essaya du cathétérisme combiné avec les cautérisations au sous-acétate de plomb liquide mélangé à parties égales avec de l'eau distillée. Au bout de trois mois de ce traitement la situation n'avait pas changé.

Frappé de l'abondance du larmoiement, qui n'était pas sous la dépendance d'un rétrécissement, puisque les plus grosses sondes passaient sans difficulté, Abadie pensa à une hypersécrétion de la glande lacrymale et résolut d'en pratiquer l'ablation.

L'opération et les suites furent des plus simples. Au bout de trois jours, l'épiphora avait disparu, l'ectropion était moins prononcé. On reprit les cautérisations avec le sous-acétate de plomb, et 15 jours après la conjonctive était mince, lisse, blanchâtre ; il n'y avait plus de sécrétion.

Au bout d'un an, le pannus avait complètement disparu ; la cornée était devenue transparente, et la vision de l'œil droit égale à celle de l'œil gauche. La guérison ne s'est pas démentie.

OBSERVATION VII

(Du même auteur)

Il s'agit d'une malade âgée de 33 ans, atteinte d'ectropion de la paupière inférieure gauche, causée par une brûlure superficielle et augmentée par une paralysie faciale. On a essayé le cathétérisme, les cautérisations, la suture complète des paupières sans succès. Quand la malade se présente à la clinique, l'œil gauche est dans un état déplorable ; les larmes s'écoulent

continuellement sur la joue, les paupières sont rouges, épaisses, excoriées sur leur bord ; l'inférieure est la plus malade. La conjonctive palpébrale est épaisse, tomenteuse, sans granulations cependant. La conjonctive bulbaire présente tous les caractères de l'inflammation chronique ; de nombreux vaisseaux formant à la surface de la cornée un véritable pannus réduisent la vision à une simple perception quantitative. La malade souffre tellement qu'elle demande à être débarrassée de son œil. Abadie institue le traitement méthodique, cathétérisme et cautérisations avec une solution de nitrate d'argent au 100e. Le n° 6 de Bowman était facilement introduit ; il n'y avait donc pas de retrécissement qui s'opposât au cours des larmes. Au bout de deux mois de traitement, l'amélioration étant presque insignifiante, les douleurs persistant aussi vives, l'ablation de la glande lacrymale fut pratiquée le 7 mars 1877 ; l'opération n'offrit aucune particularité.

La cicatrisation fut si rapide que trois jours après la malade quittait la clinique.

Dès lors tout traitement fut suspendu : la rougeur du globe et des paupières diminua rapidement, le larmoiement cessa tout à fait. Huit mois après l'opération, l'ectropion de la paupière inférieure persistait, la cornée était encore un peu terne ; la conjonctive bulbaire avait perdu sa rougeur et la malade y voyait assez de son œil gauche pour pouvoir se conduire.

Dans un mémoire qui va bientôt paraître dans les *Archives d'ophtalmologie*, M. le professeur-agrégé Truc a consigné trois observations d'ophtalmie granuleuse coïncidant avec du larmoiement ; il a bien voulu nous autoriser à publier dans notre thèse ces observations inédites ; nous les rapportons *in extenso*.

OBSERVATION VIII

(Dr Truc)

Ophtalmie granuleuse ancienne ; larmoiement incoercible ; oblitération des voies lacrymales ; création de voies artificielles ; extirpation des glandes orbitaires ; guérison du larmoiement ; amélioration des granulations.

C... (Ernest), 24 ans, cuisinier. Santé générale bonne ; lymphatisme léger. Depuis plus de 10 ans, il est affecté de granulations conjonctivales, qui ont entraîné, outre des poussées inflammatoires fréquentes, du pannus, un léger entropion et surtout un rétrécissement notable des voies lacrymales, avec larmoiement incessant.

A diverses reprises, depuis cinq ou six ans, il a été soigné pour ses granulations et son épiphora. Plusieurs chirurgiens distingués ont pratiqué le cathétérisme, des cautérisations, etc... ; tous les traitements ont été insuffisants pour amener une guérison complète.

Quand le malade se présente à la clinique ophtalmologique, le 11 février 1888, il est dans l'état suivant : paupières en entropion léger ; conjonctives rouges, farcies de granulations, œdémateuses et très congestionnées ; cornées panneuses, voies lacrymales absolument oblitérées, larmoiement considérable et continu. VODG $\frac{5}{30}$

Ayant affaire à un malade intelligent, connaissant les nombreux traitements subis par lui, nous lui exposons nettement

sa situation oculaire et nous lui observons d'ores et déjà que si le larmoiement n'est pas modifié par le cathétérisme et la création de voies lacrymales nouvelles, nous lui proposerons l'ablation lacrymale.

Le canal lacrymal étant oblitéré, nous pratiquons le cathétérisme au couteau de Stilling et plaçons une sonde à demeure. Un large canal est institué et cathétérisé par le malade lui-même deux fois par jour ; il s'oblitère rapidement.

Nous perforons l'unguis et maintenons l'ouverture osseuse avec un clou creux en plomb ; malgré les manœuvres journalières du malade, le nouveau trajet oculo-nasal se ferme promptement.

Le larmoiement persistant et paraissant entretenir, en outre, l'ophtalmie granuleuse, nous pratiquons l'ablation de la glande lacrymale, le 20 juin 1888. Une incision de 3 centimètres, un peu au-dessous de la portion externe du sourcil, nous permet d'arriver sur la glande et de l'extraire complètement. Peu d'hémorragie, drain, pansement compressif ; réunion complète en quelques jours.

Le larmoiement cesse immédiatement et en peu de temps l'ophtalmie granuleuse, exaspérée d'abord par le pansement occlusif, s'amende notablement.

Quelques semaines plus tard, 29 août, ablation de la glande lacrymale gauche. Pas de complications ; guérison opératoire en peu de jours. Suppression totale du larmoiement et amélioration rapide de l'ophtalmie granuleuse.

Pendant les quelques jours qui ont suivi les ablations lacrymales, les yeux étaient un peu secs ; par précaution, nous avons instillé 2 ou 3 gouttes de glycérine. Dans la suite, les yeux ont retrouvé leur humidité et leur brillant ordinaires.

20 mars 1889. — Nous venons de revoir notre malade. Le larmoiement a totalement disparu ; l'ophtalmie granuleuse est améliorée, presque guérie. VODG $= \frac{5}{15}$ à $\frac{5}{10}$.

OBSERVATION IX

(Dr Truc)

Ophtalmie granuleuse ancienne ; entropion ; oblitération des voies lacrymales ; ablation de la glande lacrymale orbitaire ; guérison du larmoiement ; amélioration des granulations.

G... (Amélie), 29 ans, ménagère. — Lymphatisme très marqué ; surdité notable ; ophtalmies multiples dans son enfance.

Les granulations conjonctivales existent des deux côtés depuis plusieurs années. Il y a deux ans, il survint à gauche une vive inflammation des conjonctives et des voies lacrymales ; il apparut même une dacryocystite suppurée qui fut suivie d'obstruction complète du sac lacrymal et du canal nasal.

26 novembre 1887. — Quand nous voyons la malade, les paupières sont très gonflées des deux côtés ; les conjonctives sont infiltrées et farcies de granulations, les cornées sont panneuses et il existe un larmoiement continuel. A gauche, on note en outre des brides cicatricielles à l'angle interne et un entropion très considérable de la paupière supérieure. La vision de ce côté est à peine quantitative. Nous pratiquons aussitôt le cathétérisme à droite et des voies lacrymales nouvelles à gauche. Nous opérons l'entropion par le procédé de Gayet, nous scarifions les conjonctives, enfin nous mettons en œuvre tout ce que nous croyons utile pour modifier l'état lymphatique et granuleux de la malade, traitement général, compresses chaudes, cuivre, etc.

La situation oculaire s'améliore rapidement à droite, mais faiblement à gauche. De ce côté, en effet, les voies lacrymales se sont oblitérées de nouveau, le larmoiement est persistant et l'ophtalmie tenace.

19 décembre. — Nous pratiquons l'ablation de la glande

lacrymale orbitaire gauche. Incision à la partie externe du rebord orbitaire au niveau de la queue du sourcil. Pas de complication, guérison complète en quelques jours. Le larmoiement a totalement disparu, mais l'œil est sec. Instillation de glycérine et introduction de vaseline plusieurs fois par jour. Petit à petit, la cornée s'humidifie et s'éclaircit. Après quelques semaines et grâce à la continuation du traitement de l'ophtalmie granuleuse, l'état oculaire s'amende. Les cornées sont même absolument transparentes, sauf au centre où il existe un leucome diffus léger.

10 mai. — La malade revue est en bon état. La cornée est presque transparente, les conjonctives ont l'aspect cicatriciel du trachome à peu près guéri. Il survient cependant encore de temps à autre quelques poussées oculaires congestives.

Notre opérée, avant l'ablation lacrymale, avait subi diverses opérations : cathétérisme au couteau de Stilling, tarsoplastie externe et interne, scarifications répétées qui avaient modifié son larmoiement et son ophtalmie granuleuse, sans amener une amélioration suffisante.

L'extirpation de la glande transforma rapidement la situation. L'œil devint même très sec et nous pûmes craindre un moment une véritable xérose cornéenne. Tout rentra cependant dans l'ordre : la cornée reprit du brillant, le pannus diminua et la vision augmenta.

En tenant compte des scarifications et des cautérisations cupriques, on peut affirmer que la suppression du flux lacrymal a beaucoup augmenté l'amélioration constatée. Nous attribuerions volontiers la sécheresse marquée de l'œil aux altérations probables provoquées par les granulations du côté des conduits de la glande lacrymale accessoire. Le trachome étant plus développé ici que dans le cas précédent, une extirpation identique a provoqué une siccité oculaire beaucoup plus grande.

Cela viendrait peut-être à l'appui des fonctions lubrifiantes de la glande de Rosenmüller.

OBSERVATION X

(Dr Truc)

Ophtalmie granuleuse ancienne probable ; ectropion double ; rétrécissement ; oblitération des voies lacrymales ; larmoiement continuel ; ablation d'une glande lacrymale.

C... (Marie), 42 ans, ménagère. — Bonne santé générale. Depuis l'âge de 7 ans, elle souffre des yeux. La vue s'est troublée progressivement, malgré les traitements les plus variés. Dans son enfance, la partie périorbitaire externe gauche fut le siège d'une brûlure qui produisit une cicatrice très rétractile et découvrant une partie de la muqueuse conjonctivale correspondante. Depuis de longues années, la malade constate aussi un larmoiement considérable et persistant ; enfin il existe de fréquentes douleurs névralgiques ayant leur point de départ du côté des yeux et s'irradiant dans toute la face.

21 février. — Quand la malade vient à la clinique, elle voit également mal des deux côtés : VODG $= \frac{3}{30}$. Les cornées sont troubles, panneuses et baignées de larmes abondantes. Epiphora continuel. Les cils sont rares, déviés ; les conjonctives, boursouflées, forment un bourrelet muqueux, volumineux, en ectropion. Les voies lacrymales, très rétrécies à droite, sont complètement obturées à gauche. Toute la région oculaire semble très sensible : le moindre contact provoque une vive douleur.

Nous cherchons tout d'abord à rétablir les voies lacrymales et à réduire, par des scarifications profondes, le bourrelet

conjonctival. Légère amélioration. Une tarsectomie partielle est même pratiquée aux paupières supérieures. Le canal lacrymal de l'œil gauche s'obture incessamment ; celui du côté droit donne passage aux larmes. L'épiphora nous paraît entraver la guérison des deux côtés. Nous laissons, en conséquence, une sonde à demeure à droite, et nous proposons l'ablation de la glande orbitaire à gauche.

L'extirpation de la glande lacrymale est pratiquée le 19 décembre 1888 par une incision dans la queue du sourcil. Guérison opératoire simple et rapide. Le larmoiement cesse complètement, et l'œil ne présente aucune sécheresse. De violentes douleurs surviennent les jours suivants. Pensant qu'elles sont provoquées par l'ectropion muqueux de la commissure externe, au niveau de l'ancienne brûlure, nous pratiquons une blépharorraphie qui améliore la névralgie. Nous terminons la série des manœuvres opératoires chez notre patiente par une tarsectomie complète de la paupière supérieure droite.

20 mars. — Actuellement, l'ectropion muqueux est très léger et des deux côtés le larmoiement a beaucoup diminué à droite et disparu à gauche ; les cornées se sont beaucoup éclaircies et la vision a augmenté notablement.

10 mai. — La malade vient d'être revue. L'état oculaire est satisfaisant. Le bourrelet conjonctival a disparu ; la muqueuse est à peine congestionnée ; les cornées sont à peu près transparentes.

Dans ce cas, la nature trachomateuse de l'ophtalmie, quoique probable, reste douteuse. La conjonctive est infiltrée, mais non cicatricielle : les paupières, ectropionnées des deux côtés depuis de longues années, ont nécessité une tarsectomie totale à droite et partielle à gauche. Cet état conjonctivo-palpébral augmentait d'ailleurs la sécrétion lacrymale et exagérait le larmoiement. Il existait enfin une irritation extrême du tri-

jumeau et de violentes névralgies dans toute sa zone sensitive, dès qu'une irritation quelconque par le sulfate de cuivre ou la sonde était produite dans les régions oculaires. Cette névralgie, en rendant toute manœuvre et tout attouchement thérapeutique insupportables, a même pesé d'un certain poids dans notre décision opératoire contre la glande lacrymale.

CHAPITRE V

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'OPÉRATION

« S'il existe, dit Lawrence, une classe de maladies plus propre que toute autre à mettre à l'épreuve la patience du malade et celle du chirurgien, c'est assurément celle des voies lacrymales. Nul praticien, ayant quelque expérience de ce genre d'affections, ne peut pas n'avoir point rencontré nombre de cas ayant duré des années, malgré tous les traitements et sans la plus légère probabilité d'arriver à rien qui approchât d'une cure permanente. Une preuve indirecte de la vérité de ces remarques se trouve dans la légion des méthodes de traitement qui ont été adoptées d'époque en époque. Jusqu'à une période comparativement récente (il est à remarquer que Lawrence parle en 1867), l'ancien clou garde son rang comme le progrès le plus voisin vers la guérison de l'obstruction du conduit nasal, et plus d'un chirurgien éminent le considère encore comme le mode le plus généralement utile de traitement. La méthode par dilatation progressive de M. Bowman semble d'abord constituer un procédé beaucoup plus chirurgical. A sa première apparition, elle eut le sort de toutes les nouveautés : elle fut repoussée en bloc par ceux qui ne purent reconnaître ses avantages dans les cas appropriés ou, ce qui est pis, se refusèrent à les

admettre. Ces avantages cependant, selon moi, furent d'autre part exagérés par ceux qui l'adoptèrent. Dès qu'elle eut fait son apparition première, je l'employai, pour mon compte, avec suite ; mais je dois confesser que, si je l'ai trouvée de facile application et d'une certaine efficacité en quelques circonstances, dans la majorité des cas, pourtant, elle se montre d'une application difficile et peu satisfaisante dans ses résultats. »

Les conclusions de Lawrence nous semblent quelque peu exagérées : nous avons vu à la clinique ophtalmologique des malades aux yeux larmoyants qui ont retiré de la méthode de Bowman de sérieux avantages ; les débuts du traitement ont été pénibles et parfois douloureux, mais peu à peu la muqueuse s'est habituée au contact de la sonde et les patients sont les premiers à reconnaître que leur larmoiement a diminué depuis qu'ils se soumettent au traitement. Mais, en clinique, tous les cas sont loin de se ressembler. Tel malade retire des avantages d'une médication, tel autre pendant des années voit son état stationnaire et pourtant ce qui réussit à son voisin devrait lui réussir à lui-même. C'est ainsi que dans le tableau d'ensemble qu'il présente au Congrès d'ophtalmologie, Lawrence fait remarquer que la durée de la maladie s'est étendue entre les limites de une à 25 années et que, durant ce temps, les malades ont été soumis à différents traitements, principalement au cathétérisme du conduit nasal, et cela sans aucun effet utile.

Lorsque, sous l'influence du traitement, le larmoiement s'atténue, puis cesse tout à fait, l'on peut induire de ce fait que l'épiphora et la tumeur lacrymale elle-même étaient dus à un rétrécissement du canal nasal, rétrécissement que le passage des sondes a fait disparaître. Aucun chirurgien ne songera, dans ces cas, à enlever la portion orbitaire de la glande lacrymale : il suffira que de temps en temps le malade vienne se faire sonder ou encore qu'il se sonde lui-même, comme le faisait le malade qui fait le sujet de l'observation VIII, pour entretenir la

perméabilité des voies lacrymales. Nous pouvons d'ores et déjà poser en principe que la contre-indication absolue à l'opération est l'amélioration produite par le passage plus ou moins fréquent des sondes. Mais ce bon résultat n'est pas toujours atteint et dans quelques cas, les choses ne se passent pas aussi simplement, et chez certains malades on arrive à faire pénétrer les sondes du plus gros calibre, n° 6 de Bowman, sans que le larmoiement ait le moins du monde diminué. Le chirurgien se demande alors si, dans ces conditions, il peut admettre qu'il ait affaire à un rétrécissement du canal nasal. Assurément non, puisque ce conduit se laisse parcourir dans toute son étendue par une sonde volumineuse. Alors une autre question se pose. Par quoi est entretenu ce larmoiement rebelle ?

Nous emprunterons la réponse au mémoire d'Abadie (déjà cité, voir l'Historique, page 27). « Il n'est pas toujours facile de répondre à cette question, parce que d'une part le mécanisme physiologique du cheminement des larmes dans les voies lacrymales n'est pas encore complètement élucidé et que, d'autre part, les diverses lésions du canal nasal susceptibles de déterminer du larmoiement sont très peu connues. Mais ce qui est plus que probable, c'est que le larmoiement peut être dû, non plus à une imperfection de l'appareil sécréteur, mais à un état pathologique de l'organe sécréteur. N'est-il pas évident que, s'il y a hypersécrétion des larmes, alors même que les voies conductrices seraient normales, il y aura larmoiement ? Quand, par suite d'une irritation conjonctivale quelconque, d'une simple émotion morale, les larmes sont sécrétées en abondance, ne remplissent-elles pas les culs-de-sac de la conjonctive, ne s'écoulent-elles pas sur la joue, bien que le sac lacrymal et le canal nasal aient leurs dimensions naturelles ? Dans ces variétés de larmoiements, qui reconnaissent pour cause une hypersécrétion de la glande lacrymale, dans lesquelles la dilatation, tout à fait irrationnelle, doit nécessairement

échouer, variétés extrêmement gênantes, parce que les larmes inondent continuellement le visage, est-on autorisé à pratiquer l'extirpation de la glande? »

L'indication, ici, est nette, absolue; on est non seulement autorisé, mais de plus on doit enlever la glande lacrymale, et voici pourquoi : Dans les premières périodes du larmoiement, le sac est distendu par les larmes retenues entre ses parois par le plus ou moins d'imperméabilité du canal nasal. La muqueuse, dans ces conditions, s'irrite, se congestionne ; les larmes acquièrent, selon toute probabilité, des propriétés irritantes, par suite de leur rétention dans le sac, où elles subissent des altérations chimiques augmentées encore par la sécrétion purulente. Cette matière purulente agit à son tour comme cause secondaire d'abcès, car le pus engendre toujours le pus, et le cercle vicieux est définitivement établi. Le meilleur moyen pour faire cesser cet état grave est de supprimer la cause de la distension du sac, les larmes : l'abcès lacrymal se trouve considérablement amélioré et s'il ne cède pas aussi promptement qu'on le voudrait, parce que la muqueuse est le siège d'une irritation chronique, parce qu'elle a encore de la tendance à sécréter du pus, on se trouve dans de meilleures conditions pour agir sur la surface du sac, soit par des injections antiseptiques, soit par des liquides plus ou moins caustiques.

Une indication beaucoup plus formelle en faveur de l'opération est la suivante : les malades atteints de larmoiement incoercible se plaignent d'une diminution de l'acuité visuelle. Il ne s'agit plus ici du désagrément qu'occasionnent les larmes en coulant sur la joue, il s'agit de la vue, il s'agit parfois des moyens d'existence, et, certes, ces considérations valent la peine que le chirurgien s'y arrête.

Tel est le cas d'un ouvrier qui aura toutes les peines du monde à travailler : il est obligé à chaque instant d'interrom-

près son ouvrage pour sécher ses larmes, heureux encore s'il n'a pas été forcé de changer de métier. Voudra-t-on lui imposer un traitement de plusieurs années, traitement qui peut-être ne le guérira pas, car ce qu'il demande, ce n'est pas un soulagement, c'est la guérison qu'il veut ; il n'a pas le temps d'être malade. Tout bien pesé, le chirurgien n'a qu'une conduite à tenir : enlever la glande lacrymale. C'est ce qu'a fait M. Truc, pour un étudiant de l'École d'agriculture qui était dans l'impossibilité de travailler, à cause de son larmoiement (V. obs. V.)

Il est enfin une classe de malades intéressants à connaître, parce qu'ils encombrent les salles de clinique ophtalmologique, parce qu'ils sont porteurs d'affections chroniques de la cornée ou de la conjonctive, contre lesquelles le chirurgien essaie tour à tour les traitements les plus variés, toujours avec le même insuccès. Je veux parler des granuleux. Le larmoiement et les granulations se rencontrent fréquemment dans les mêmes yeux et font un échange incessant de mauvais procédés.

Les granulations envahissent les culs-de-sac palpébraux, s'y cantonnent avec une ténacité désespérante, pour étendre de là leur influence nuisible sur la conjonctive bulbaire, la cornée, les voies lacrymales. Lorsque les canalicules ont été atteints, les larmes qui, sous l'influence de l'irritation générale du globe oculaire, étaient sécrétées en plus grande abondance, ne trouvent plus leur voie ordinaire d'écoulement ; elles stagnent dans les culs-de-sac palpébraux, et la muqueuse conjonctivale, macérant dans le liquide lacrymal, se boursoufle, s'irrite, s'enflamme et provoque, à son tour, une hypersécrétion réflexe de la glande lacrymale. A partir de ce moment, la muqueuse enflammée irrite la glande ; celle-ci réagit en sécrétant incessamment des larmes qui, à leur tour, irritent la muqueuse, et l'on voit alors échouer tous les moyens qui réussissent d'ordinaire. « Il faut, dès lors, dit M. le professeur Truc dans le mémoire déjà cité p. 41, pour obtenir quel-

que effet thérapeutique, dissocier le faisceau morbide et traiter séparément la sténose lacrymale et l'ophtalmie granuleuse en commençant par la première qui, produite par la seconde, la domine bientôt. » Nous avons vu, dans les observations d'Abadie et de Truc, avec quelle rapidité les granulations furent guéries après l'ablation des glandes lacrymales.

Nous pouvons nous résumer en disant : la seule contre-indication à l'ablation des glandes lacrymales réside dans l'amélioration produite par la dilatation méthodique et dans l'absence de diminution de l'acuité visuelle ; il s'agit ici d'une infirmité gênante, non d'une maladie véritable.

Au contraire, l'opération est de mise, si, malgré des cathétérismes bien faits et depuis longtemps pratiqués, les larmes continuent à couler sur la joue, amenant des éruptions et des inflammations de la peau, si la cornée, baignée par le courant excessif des larmes, devient impropre au passage des rayons visuels, enfin et surtout si à l'hypersécrétion lacrymale se joint une maladie chronique de la conjonctive, ayant déjà occasionné des troubles graves du côté de la vision et susceptible d'entraîner rapidement ou à la longue la perte de la vue.

Un mot sur les objections que l'on peut faire à l'opération. L'ablation des glandes lacrymales est-elle une opération innocente ? L'œil continue-t-il à être entretenu humide après l'opétion ? La réponse ne se trouve peut-être pas en toutes lettres à la fin de nos observations, mais elle y est. Pour être nécessaire à l'œil, la glande lacrymale ne lui est point entièrement indispensable, ainsi que le prouvent les malades qui ont subi l'extirpation de cet organe, en conservant intacts leurs yeux et les fonctions visuelles.

Si l'on craignait l'endurcissement de la conjonctive et la sécheresse de l'œil par suite de la suppression des larmes, on pourrait être rassuré par la presque certitude de l'hypersécrétion des follicules ciliaires, qui peut, jusqu'à un certain point,

suppléer à l'usage du fluide lacrymal, et par l'existence de la glande palpébrale, qui aurait, elle, dans ses attributions conjointement avec les autres glandes des paupières, la lubrifaction de l'œil.

La portion orbitaire de la glande lacrymale étant, d'après les recherches de Badal, parfaitement isolée, par sa coque fibreuse, de la portion palpébrale, son extirpation complète ne fait courir aucun danger aux opérés, qui perdent seulement la faculté de pleurer. Nous avons interrogé les opérés de M. Truc à ce point de vue, et ils nous ont répondu que, sous l'influence des causes qui, antérieurement à l'ablation de la glande auraient amené des pleurs, leurs yeux avaient été plus humides qu'en temps ordinaire (1).

Est-ce une opération facile? Les rapports de la glande avec l'aponévrose orbitaire, la situation de cette glande, nous permettent d'affirmer que son extirpation ne présente pas de difficulté sérieuse ; il en est autrement quand il s'agit d'enlever en totalité les lobules de la portion accessoire disséminés et comme perdus dans l'épaisseur de la paupière. Seulement, il est bon de reconnaître que l'ablation de la glande orbitaire ne se pratique que pour des cas véritablement exceptionnels.

Enfin est-ce une opération efficace? Oui, car elle débarrasse les malades d'une infirmité qui les tourmente depuis de longues années, contre laquelle échouent les traitements les

---

(1) C'est ainsi que le malade de l'obs. VIII, ayant perdu son père quelques semaines après l'ablation de ses glandes lacrymales, a pu établir une comparaison entre l'état de ses yeux avant et après l'opération ; les globes oculaires étaient plus mouillés qu'à l'ordinaire, mais C... n'éprouvait pas cette douleur orbitaire dont parlent les auteurs, et que les malades ressentiraient lorsque, pour une raison ou pour une autre, ils seraient dans le cas de verser des pleurs.

plus rationnels et les mieux dirigés quand il s'agit de larmoiement simple, sans complications du côté de la cornée ou de la conjonctive. Efficace surtout quand elle s'adresse à des granuleux lymphatiques, mal nourris, mal logés, ne prenant aucun soin de leur personne et de leur santé, perdant chaque jour, et d'une manière irremédiable, la faculté de voir. La meilleure preuve de l'efficacité se trouve dans la différence entre les acuités prises avant et après l'opération ; nous avons suffisamment insisté là-dessus dans nos observations pour n'avoir pas à y revenir.

En résumé, l'ablation lacrymale nous paraît utile toutes les fois que le larmoiement a résisté à tout traitement rationnel suffisamment prolongé, et paraît, en un mot, incurable.

Elle nous semble surtout indiquée dans les cas où ce larmoiement coexiste avec une ophtalmie grave, d'ordinaire granuleuse ; dans ces conditions l'indication est tirée autant de l'ophtalmie que du larmoiement ; ces deux états s'ajoutent pour pousser le chirurgien à une action opératoire plus rapide que d'ordinaire.

CHAPITRE VI

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION. — PROCÉDÉS. PROCÉDÉ DE CHOIX. — PANSEMENT

Les instruments nécessaires pour pratiquer l'ablation de la glande lacrymale sont : un bistouri long et étroit ; des ciseaux boutonnés, une sonde cannelée, un crochet petit, aigu, double, comme celui dont on se servait autrefois pour fixer l'œil dans l'opération du strabisme ; des écarteurs, des pinces à forcipressure, des pinces à griffe, des aiguilles, du fil de soie ou mieux de crin de Florence pour sutures, conservé dans l'eau phéniquée.

A la rigueur l'opération pourrait se faire sans que le patient fût soumis au sommeil chloroformique ; mais, rien n'étant plus insupportable que les mouvements brusques de la tête et les cris sous l'influence de la douleur, mieux vaut administrer le chloroforme jusqu'à anesthésie assez complète. — La région du sourcil, ou mieux encore toute la région périoculaire, aura été préalablement désinfectée avec soin ; toutes les fois que l'on se propose de porter l'instrument tranchant sur une région, l'on ne saurait prendre trop de précautions au point de vue antiseptique ; ici les précautions sont encore plus importantes, à cause des relations qui unissent le système veineux de la région au système veineux intra-crânien. Il faut

toujours avoir présente à l'esprit la possibilité de phlébites graves, et le meilleur moyen de les prévenir sera l'antisepsie aussi rigoureuse que possible. La région sera donc savonnée, lavée avec la liqueur de Van Swieten dédoublée, nettoyée avec l'éther, lavée encore avec la solution de sublimé, nettoyée une seconde fois avec l'éther. Il va sans dire que tous les instruments auront été plongés une heure au moins avant l'opération dans la solution phéniquée faible, à 2,5 pour 100. — Les mains du chirurgien et des aides seront dans un état d'asepsie aussi parfait que possible.

L'opérateur peut alors commencer. — Avant de donner en détail le manuel opératoire que nous avons vu employé à la Clinique ophtalmologique, nous passerons rapidement en revue les procédés nombreux qui ont été décrits pour l'extirpation de la glande lacrymale.

P. Bernard, qui, le premier, en 1843, enleva une glande saine pour guérir un larmoiement chronique, opéra de la manière suivante :

« Le malade étant assis sur un siège, placé obliquement devant le jour d'une croisée et maintenu par un aide, comme pour l'opération de la cataracte, après avoir fait abaisser la paupière, nous fîmes un pli à la partie supérieure et externe de l'orbite, immédiatement au dessous du sourcil et au niveau du rebord orbitaire ; l'aide fut obligé de tenir le bout supérieur du pli, tandis qu'avec le pouce et l'index de la main gauche, nous maintenions le bout inférieur ; alors, prenant un petit scalpel à lame courte, nous incisâmes ce pli jusqu'à sa base, en dirigeant l'instrument du côté de la voûte orbitaire et de manière à faire une incision de 15 millim. environ.

Ensuite, avec deux érignes mousses, l'aide fut chargé d'écarter les bords de la plaie, tandis que, au moyen d'une pince fine, nous disséquâmes avec précaution les parties intermédiaires, jusqu'à ce que nous fûmes arrivé dans la cavité orbitaire,

ce dont nous nous aperçûmes facilement, par le défaut de résistance.

Une sonde cannelée fut alors introduite dans le fascia palpébral et nous débridâmes avec le scalpel. Il s'écoula fort peu de sang, et, aussitôt le débridement achevé, nous aperçûmes le lobe palpébral de la glande, qui était si volumineux, qu'elle dépassait sensiblement le rebord orbitaire ; nous saisîmes ce lobe avec une double érigne à strabisme et, avec des ciseaux courbes sur le plat et mousses aux extrémités nous détachâmes ce lobe, qui avait presque le volume d'une petite amande, c'est-à-dire d'une glande lacrymale ordinaire. Le malade accusa peu de douleur : l'opération fut prompte, et la plaie guérit en quelques jours, sans accidents et sans suppuration abondante.»

En 1867, Lawrence communique au Congrès d'ophtalmologie de Paris le procédé qui porte son nom : « La peau est divisée avec le bistouri, immédiatement au-dessous du tiers supérieur externe du bord orbitaire. Dans ce premier temps de l'opération, la peau doit être tendue en la tirant d'un côté à l'autre, avec les doigts ; mais, comme elle est très mobile dans cette région, on doit faire grande attention à ne point l'attirer en haut, ni en bas, autrement l'incision tomberait soit sur l'os frontal, soit, au contraire, trop au dessous du rebord de l'orbite ; et comme la glande lacrymale est en contact intime avec la voûte de l'orbite, on éprouverait quelque difficulté à la trouver. Lorsque l'incision de la peau est faite, le fascia qui relie le périoste de l'orbite avec le bord supérieur du cartilage tarse, est coupé en travers, et l'on pénètre alors dans la cavité orbitaire par de petits coups ménagés de la pointe du bistouri. Quand une ouverture suffisante a été ainsi pratiquée, on sent la glande, au moyen du bout du doigt, appliquée sous la voûte orbitaire. Dans cette recherche avec le doigt, on doit prendre soin de ne pas pousser trop profondément dans l'orbite, car par là la glande pourrait être luxée... Si l'on éprouvait quelque difficulté à rencontrer la

glande, il serait préférable de diviser tout de suite la commissure externe par une incision horizontale directement portée en dehors et allant à la rencontre de la première incision. Un lambeau triangulaire sera ainsi formé, ayant son sommet en dehors. Ce lambeau et alors renversé en dedans ; l'angle supérieur et externe de l'orbite est ainsi librement exposé à la vue, et l'on arrive alors aisément sur la glande, que l'on peut rencontrer dans ce cas en contact plutôt avec le globe lui-même qu'avec la voûte de l'orbite. »

Se basant sur les rapports que nous avons eu l'occasion de décrire quand nous avons exposé nos considérations anatomo-physiologiques sur la glande, Tillaux conseille le procédé suivant : « Pratiquer à la base de l'orbite, au niveau de la queue du sourcil, une incision parallèle au rebord de l'orbite traversant toutes les parties molles, y compris le périoste ; décoller le périoste, qui est ici très résistant, et l'abaisser de façon à ouvrir l'orbite. On rencontre aussitôt le feuillet aponévrotique qui est si mince, que les granulations de la glande se voient à travers, et l'on extirpe la glande avec la plus grande facilité, en même temps qu'on évite sûrement d'ouvrir la loge postérieure de l'orbite. Cet accident sera beaucoup plus à craindre, si l'on divise la commissure externe. »

Ces derniers mots visent une méthode dont nous n'avons pas parlé : la méthode de Velpeau. Velpeau débride la paupière supérieure par une incision partant de l'angle externe et prolongée vers la tempe : la paupière, étant relevée, donne un large accès sur le siège de la glande lacrymale. Ce procédé, passible d'un reproche grave avant l'antisepsie (la plaie ne se réunissait que par seconde intention et suppurait) est préféré par M. Badal à tout autre : « La loge fibreuse de la glande, dit-il, se trouve, après l'opération, cachée profondément, placée à l'abri de l'air et les bords de la plaie se rapprochent d'eux-mêmes, si bien que toute suture en ce point est parfaite-

ment inutile. Il suffit de suturer la commissure externe. »

Telles sont les méthodes qui se partagent la faveur des chirurgiens.

Une opération devant s'adapter à l'anatomie de la région sur laquelle on opère, nous pensons que le procédé de choix doit être celui que donne Tillaux et que nous avons vu plusieurs fois employé à la clinique ophtalmologique par M. Truc. — Le malade étant endormi et le sourcil rasé suivant le conseil d'Halpin, pour éviter d'avoir une cicatrice apparente, M. Truc tend avec les doigts la peau sur laquelle doit porter l'incision et fait une incision de 4 centimètres environ parallèlement à l'arcade sourcilière ; les parties molles sont divisées d'un coup, périoste compris, et, une fois l'hémostase faite, le chirurgien coupe l'aponévrose et découvre la glande. Une couche assez épaisse de tissu graisseux fait aussitôt hernie à travers les lèvres de la plaie ; un opérateur peu attentif pourrait prendre ce tissu cellulaire ou graisseux, qui joue le rôle de remplissage dans l'orbite, pour la glande lacrymale. L'erreur sera évitée assez facilement, grâce aux granulations glandulaires parfaitement visibles à l'œil nu, ou bien, suivant le conseil de Lawrence, on peut, pour plus de sûreté, trancher par une coupe en travers ce que l'on considère comme devant être la glande : la tranche de la glande lacrymale est ferme, dense, d'une teinte jaunâtre et offrant la structure habituelle lobulaire ou en grappes des tissus glandulaires. Le peloton adipeux ayant été réséqué, la portion orbitaire de la glande est saisie avec les pinces spéciales et détachée de ses connexions par quelques coups de ciseaux. La cavité qui vient d'être ainsi faite est immédiatement comblée par un petit tampon de coton hygroscopique trempé dans la solution de sublimé au $^2/_{1000}$; un gâteau de coton est placé par-dessus le tampon et maintenu en place par un aide, dans le but d'arrêter l'hémorragie qui peut survenir à la suite de la section de l'artère lacrymale. Quelques

minutes après, l'écoulement du sang étant arrêté, on fait une large irrigation de la plaie avec la solution froide, et les lèvres de la plaie sont mises en contact et réunies par quatre points de suture. Il ne reste qu'à finir le pansement. Toutes les précautions antiseptiques ont été prises avant et pendant l'opération ; la réunion doit se faire par première intention. Pour éviter l'injection des bords de la plaie, on les saupoudre d'iodoforme et on les recouvre de gâteaux de cotons trempés dans le liquide antiseptique. Les deux yeux sont couverts de ces mêmes gâteaux, et l'on recommande au malade de maintenir son pansement toujours humide. Une remarque à ce propos : tous les opérés à la clinique ophtalmologique sont pansés avec des rondelles d'ouate hygroscopique qui sont continuellement mouillées avec une solution froide de bichlorure de mercure au $^1/_{2000}$. L'on se met ainsi à l'abri de l'infection, et, de plus, les malades reconnaissent combien leurs douleurs sont moins vives sous le pansement humide.

Le lendemain de l'opération, dans le cas qui nous occupe, les bords de la plaie étaient nets, recouverts d'une légère couche de lymphe plastique, on notait une ecchymose de la paupière supérieure, et D... se plaignait de fortes douleurs dans la tête. Les mouvements imprimés au globe oculaire n'étaient nullement pénibles. Nous avons dit, en relatant l'observation, que D... éprouvait une sensation légère de sécheresse. Pansement humide et compressif.

Du 4 au 7 avril, rien de particulier. Les douleurs se sont calmées, la sécheresse tend à disparaître.

Le 7 avril, les fils sont enlevés et l'on met quelques bandelettes de baudruche gommée pour prévenir l'écartement des bords.

A partir de ce jour, le malade est rendu à sa vie ordinaire, il vient tous les trois jours à la clinique se montrer ; il n'a pas encore, à la fin du mois d'avril, repris ses occupations.

Nous avons rapporté avec certains détails l'opération, pour montrer combien elle est simple, facile et pour ainsi dire à la portée de tous les chirurgiens. Nous en avons consigné les suites après notre observation V (voir p. 37).

DESCRIPTION GÉNÉRALE ET POSE D'UN FAIT

Les sutures doivent être enlevées le deuxième ou le troisième jour au plus tard, car la réunion de la plaie opératoire est très rapide.

Il est inutile de pratiquer le drainage ; mais il est prudent de maintenir pendant plusieurs jours une certaine compression sur la région opératoire. Cette compression, pratiquée sur de la ouate hygroscopique imbibée de solution sublimée, est antiseptique et facilement supportée.

On doit enfin éviter d'éloigner l'incision de l'angle externe ; la section du filet du releveur de la paupière pourrait produire un ptosis fâcheux. Abadie a relaté un fait de cet ordre.

CONCLUSIONS

1° L'ablation de la glande lacrymale est utile dans tous les cas où le larmoiement a résisté aux divers traitements classiques et paraît incurable.

2° Elle s'impose dans tous les cas où le larmoiement est causé et entretenu par des ophtalmies graves, surtout granuleuses ; dans ces cas, l'indication opératoire est double et découle autant de l'état ophtalmique que de l'état lacrymal.

3° Elle fait cesser immédiatement le larmoiement quand il s'agit d'un simple larmoiement rebelle et amène, en outre, une rapide amélioration oculaire quand il s'agit d'un larmoiement avec ophtalmie grave, surtout granuleuse.

4° Le procédé de choix est celui d'Abadie, Tillaux, etc. Le drainage est inutile ; l'asepsie est de rigueur.

5° C'est une opération innocente, facile et efficace ; elle devrait être pratiquée plus souvent qu'on ne le fait ordinairement.

VU PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 12 juin 1889.
Pour le Recteur :
L'INSPECTEUR D'ACADÉMIE DÉLÉGUÉ,
J. YON.

VU BON A IMPRIMER :
Montpellier, le 12 juin 1889.
Le Doyen,
E. CASTAN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Sappey. — Traité d'anatomie descriptive.

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie.

Beaunis et Bouchard. — Traité de physiologie.

P. Bernard. — Mémoire sur un nouveau moyen de guérir les fistules lacrymales et les larmoiements chroniques réputés incurables. (Annales d'oculistique, 1843, t. X.)

— La cautérisation combinée avec l'ablation de la glande. (Ann. d'oculistique, 1845, t. XII.)

Ch. Textor. — De l'extirpation de la glande lacrymale comme moyen de guérir le larmoiement. (Annales d'oculistique, 1847, t. XVIII.)

Lawrence. — Recherches sur l'extirpation de la glande lacrymale, pour la cure radicale des maladies des voies lacrymales. Deuxième Congrès d'ophtalmologie. Session de Paris, 1867.

Marula. — Considérations sur l'extirpation de la glande lacrymale. Thèse de Paris, 1876.

Peyret. — De l'extirpation de la glande lacrymale et ses indications. Thèse de Bordeaux, 1886.

Badal. — Extirpation de la glande lacrymale en totalité, portion orbitaire et portion palpébrale. (Arch. d'opht. 1885, t. V.)

Abadie. — De quelques indications nouvelles d'extirpation de la glande lacrymale. (Gazette hebd. de méd. et de chir , 1878.)

Darier. — De l'extirpation de la glande lacrymale dans le larmoiement incoercible. (Gazette médicale de Paris, 1886.)

Valude. — Traitement du rétrécissement des voies lacrymales. (Gazette des hôpitaux, 3 décembre 1887.)

De Wecker. — L'extirpation de la glande palpébrale. Congrès de Heidelberg, 1888.

Truc. — Société de méd. et de chir. pratiques de Montpellier, et Archives d'ophtalmologie, 1889.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION v

CHAPITRE PREMIER. — Considérations anatomo-physiologiques sur les glandes lacrymales. 9

CHAPITRE II. — Considérations sur le traitement du larmoiement : modes divers, résultats. 16

CHAPITRE III. — Historique de l'ablation des glandes lacrymales dans le larmoiement. 25

CHAPITRE IV. — 1° Observations dans le larmoiement simple. . 30

2° Observations de larmoiement avec ophtalmie granuleuse 38

CHAPITRE V. — Indications et contre-indications de l'opération. 48

CHAPITRE VI. — Opération. — Procédés divers. Procédé de choix. 56

CONCLUSIONS 63

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. 64

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !